

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1923 - 1924. — N° 132

Contribution à l'Étude de la Médecine Sociale

Une Conception Pratique
D'INSPECTION MÉDICALE
DES ÉCOLES

LES CLINIQUES GRATUITES DES ÉCOLIERS

THÈSE POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
MENTION " MÉDECINE "

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 30 Avril 1924.

par

Vladimir S. OBRÉNOVITCH

Né à BELGRADE (Serbie), le 10 Octobre 1897

Examineurs de la Thèse	{	MM. FERRÉ.....	professeur.	Président.
		SABRAZÈS...	professeur.	
		MICHELEAU.	agrégé....	Juges.
		LEURET.....	agrégé....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE E. DAGUERRE
19, Rue de Berry, 19

1924

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1923 - 1924. — N° 132

Contribution à l'Étude de la Médecine Sociale

Une Conception Pratique
D'INSPECTION MÉDICALE
DES ÉCOLES

LES CLINIQUES GRATUITES DES ÉCOLIERS

THÈSE POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
MENTION " MÉDECINE "

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 30 Avril 1924.

par

Vladimir S. OBRÈNOVITCH

Né à BELGRADE (Serbie), le 10 Octobre 1897

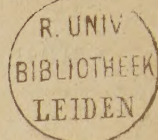
Examineurs de la Thèse	{	MM. FERRÉ.....	professeur.	} <i>Président.</i>	
		SABRAZÈS...	professeur.		
		MICHELEAU.	agrégé....		} <i>Juges.</i>
		LEURET.....	agrégé....		

BORDEAUX
IMPRIMERIE E. DAGUERRE
19, Rue de Berry, 19

1924

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS, *doyen*.



PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, BADAL, PITRES, ARNOZAN, POUSSON.

PROFESSEURS :

MM.			MM.
Clinique médicale.....	{ VERGER. CASSAET.	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
Clinique chirurgicale	{ CHAVANNAZ VILLAR.	Médecine expérimentale.....	FERRÉ.
Pathologie et thérapeutique générales.....	CRUCHET.	Clinique ophtalmologique.....	LAGRANGE.
Clinique d'accouchements.....	RIVIÈRE.	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie ..	DENUCÉ.
Anatomie pathologique et microscopie clinique ..	SABRAZÈS.	Clinique gynécologique.....	BÉGOUIN.
Anatomie.....	PICQUÉ.	Clinique médicale des maladies des enfants ..	MOUSSOUS.
Anatomie générale et histologie ...	G. DUBREUIL.	Chimie biologique et médicale....	DENIGÈS.
Physiologie.....	PACHON.	Physique pharmaceutique.....	SIGALAS.
Hygiène.....	AUCHÉ.	Médecine Coloniale et Clinique des Malad. exot.	LE DANTEC.
Médecine légale et déontologie	LANDE.	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	W. DUBREUILH
Physiologie biologique et clinique d'éléc. médicale.	BERGONIÉ.	Pathologie externe et chirurgie opératoire et expérimentale.....	GUYOT.
Chimie.....	CHELLE.	Clinique des Maladies nerveuses et mentales..	ABADIE.
Botanique et matière médicale....	BEILLE.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURE.
Pharmacie.....	DUPOUY.	Toxicologie et Hygiène appliquée.....	BARTHE.
		Hydrologie thérapeutique et Climatologie	SELLIER.

MM. PRINCETEAU (Anatomie). — LABAT (Pharmacie).

CARLES (Thérapeutique et Pharmacologie). — PETGES (Vénérologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.			MM.
Anatomie.....	VILLEMIN.	Médecine générale.....	{ CREYX. MICHELEAU BONNIN.
Histologie.....	LACOSTE.	Maladies mentales.....	PERRENS.
Physiologie.....	DELAUNAY.		{ ROCHER. DUVERGEY. PAPIN.
Anatomie pathologique.....	MURATET.	Chirurgie générale.....	JEANNENEY
Parasitologie et sciences naturelles.....	{ R. SIGALAS. N.		{ PERY. FAUGÈRE.
Physiologie biologique et médicale...	RÉCHOU.	Obstétrique.....	TEULIÈRES.
Chimie biologique et médicale ...	N.	Ophthalmologie	PORTMANN.
	{ MAURIAC. LEURET	Oto-rhino-laryngologie.....	GOLSE.
Médecine générale.....	UPERIÉ.	Pharmacie.....	

COURS COMPLÉMENTAIRES ET ENSEIGNEMENTS :

Cours de clinique dentaire.....	MM. CAVALIÉ.
Cours complémentaire de Médecine opératoire.....	JEANNENEY.
Cours complémentaire d'Accouchements	PERY.
Cours complémentaire d'Ophtalmologie.....	CABANNES.
Cours complémentaire de Puériculture	ANDRÉODIAS.
Cours complémentaire de Démonstrations et Préparations pharmaceutiques	LABAT.
Cours complémentaire de Chimie.....	GOLSE.
Cours complémentaire de Pathologie interne.....	CREYX.
Cours complémentaire de Chimie analytique	N.
Cours complémentaire d'Hygiène appliquée.....	N.
Cours complém. d'Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes..	ROCHER.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle	GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE BIEN-AIMÉE

A l'heure du retour définitif dans notre
foyer, combien ta place nous semblera
vide, toi qui a su nous chérir et élever
si tendrement.

Aujourd'hui vers toi, va toute ma recon-
naissance et l'expression de ma pro-
fonde tendresse filiale.

A LA MÉMOIRE DE MA CHÈRE SŒUR ROUGEA

Elle fut trop peu de temps, hélas ! ma
grande et tendre sœur.

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MA COUSINE JOSÉPHINE

Témoignage de ma grande affection,

A MON PÈRE BIEN-AIMÉ

Il est pour moi une joie immense, celle de revenir auprès de toi, et de consacrer ma carrière à t'honorer et te donner une bien faible preuve de mon affection profonde.

A MON FRÈRE LE DOCTEUR LIOUBOMIR S. OBRENOVITCH

MÉDECIN DES HOPITAUX
SPÉCIALISTE DERMATOLOGUE ET VÉNÉRIOLOGUE
CROIX DE GUERRE

Mon grand frère, mon meilleur ami et confrère de demain, dont les conseils si éclairés m'ont été d'un si précieux secours, reçois l'expression de ma sincère et inaltérable affection.

A MA SŒUR LE DOCTEUR RADMILA S. OBRENOVITCH

ASSISTANTE DU SERVICE DE DERMATOLOGIE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

A ma tendre sœur dont l'affection sans bornes, m'a aidé à partager mon travail au cours de nos communes années d'études médicales.

Toi qui a été pour moi le grand soutien moral, reçois en récompense de ta bonté mon affection bien reconnaissante,

A MONSIEUR LE PROFESSEUR E. CASSAËT

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX
MÉDECIN DES HOPITAUX
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR J. SABRAZÈS

PROFESSEUR D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE
ET DE MICROSCOPIE CLINIQUE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX
MÉDECIN CHEF DE SERVICE DES HOPITAUX
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

A MONSIEUR LE DOCTEUR MICHELEAU

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
MÉDECIN DES HOPITAUX
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ E. LEURET

MÉDECIN-CHEF DU SANATORIUM DE FEUILLAS

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR G. PETGES

PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

MÉDECIN DES HOPITAUX

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE PROFESSEUR FERRÉ

PROFESSEUR DE MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DIRECTEUR DE L'INSTITUT PASTEUR DE BORDEAUX

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

Mon Cher Maître,

Vous qui pendant nos années d'études nous avez accueilli avec tant de bienveillance, guidé avec une affabilité sans égale, et témoigné une si grande sympathie en voulant bien accepter la présidence de ce bien modeste travail, je viens vous prier de vouloir bien accepter l'expression de ma très profonde reconnaissance.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

AVANT - PROPOS

A la veille de professer dans notre patrie, sœur immortelle de la douce France, à l'heure où nous terminons nos études à la Faculté de Médecine de Bordeaux par un travail d'hygiène et de sociologie, qu'il me soit permis de jeter un coup d'œil en arrière, sur ces quelques années d'études desquelles nous avons tiré un fruit si précieux.

Je n'oublierai jamais, l'accueil fait par notre alliée de guerre, ma seconde patrie par le patrimoine intellectuel et la profession libérale dont elle me confère le droit d'exercée. Je ne puis qu'exprimer ma vive sympathie aux nombreux amis que j'y ai trouvé aux instants les plus angoissants de notre existence nationale.

Ma reconnaissance va surtout vers mes Maîtres des Hôpitaux, et les Professeurs de la Faculté, MM. les Professeurs : Cassaët, Ferré, Sabrazès, Moure, Verger, Rivière, Cruchet, Leuret, W. Dubreuilh, Petges, Princeteau, Moussous, Pousson, Lande. MM. les Professeurs agrégés : Mauriac, Bonnin, Jean-neney, Dupérié, Perrens, Muratet, Pery, Faugère, qui tous, furent pour nous des maîtres excellents et accueillants, veulent bien accepter l'expression de notre profonde reconnaissance. Nous ne saurions, après avoir quitté cette Faculté, oublier ni leurs savantes leçons, ni leur bonté pour nous.



INTRODUCTION

Muni de son précieux parchemin, le cœur reconnaissant envers ses parents, ses amis, ses maîtres, la mémoire remplie de ce qu'il a lu, entendu, vu surtout au cours de ses stages hospitaliers, le jeune médecin dès l'achèvement de ses longues études, va se trouver déposé au seuil de sa carrière et livré à ses propres forces. Moment attendu est toujours redouté !

Comme un naufragé, le voici d'emblée aux prises avec la vie sociale dans son immense diversité ! Grand est son embarras, car s'il est bien préparé à l'examen et au traitement des malades, à *la médecine envisagée dans son caractère individuel*, il n'est pas trop de dire qu'il est assez peu familiarisé avec ce qu'on appelle aujourd'hui les grands problèmes de « *Médecine Sociale* ».

C'est là un aspect nouveau de notre art, très envahissant du domaine médical et que l'on sent destiné à prendre une place assez prépondérante — que quelques-uns pourraient même estimer indiscrete — dans la médecine, et dans la vie collective.

L'étude des diverses branches de l'art de guérir, les stages qu'il a dû faire auprès de ses maîtres ne lui ont pas toujours permis de se rendre compte du mouvement qui se crée dans ce sens et dans lequel il aura à s'engager. C'est une lacune grave, car non seulement il est de son devoir de

ne pas l'ignorer, mais il lui appartiendra d'apporter en médecine sociale, dans les cas d'espèces sur lesquels il aura à donner son avis, dans les solutions qu'il aura à proposer, un jugement éclairé par la connaissance du sujet et du rôle qui appartient au médecin, c'est-à-dire à lui-même.

Ce rôle est primordial et doit être constamment rappelé, afin que ce magnifique mouvement médico-social reste toujours ce qu'il doit être : l'exercice même de la profession médicale en ce qui regarde la collectivité et non point un nouveau sport à l'usage d'un quiconque en mal de philanthropie plus ou moins désintéressée.

A peine installé, notre jeune médecin va être sollicité chaque jour pour le fonctionnement des lois sociales, dont le praticien est le pivot : Assistance médicale, Secours légal aux vieillards, infirmes et incurables, lois sur les Accidents du travail, sur la Protection de la santé publique et bien d'autres.

Toutes les administrations auront besoin de lui parce que, partout, il a sa tâche à remplir.

Grâce à ses connaissances générales, il ne tardera pas à s'adapter à toutes les circonstances et à être égal à sa fonction dans la grande multiplicité des devoirs qui lui sont imposés par elle.

Mais il ne pourra davantage se désintéresser des problèmes sociaux dont un grand nombre sont des problèmes médico-sociaux et trouvent une partie de leurs solutions dans la médecine : problèmes de la natalité, de la surmortalité infantile, de la tuberculose, de la syphilis, du cancer, envisagés non dans leurs manifestations individuelles, mais dans les dégâts qu'ils commettent dans la Société.

Ce sont là questions sociales du plus haut intérêt non seulement du point de vue national, mais professionnel, car ils abordent des régions élevées de notre art où le médecin a sa place à tenir, son mot à dire toujours, son rôle à jouer et qu'il doit jouer.

Parmi ces multiples chapitres de la médecine sociale, il en est un qui a toujours eu pour nous une attraction particulière, nous voulons parler de la relation de la science médicale avec la pédagogie.

Sous l'influence des idées générales en cours, il est évident que le médecin ne peut rester étranger à l'éducation de l'enfant. Une part de surveillance de sa formation physique, de sa vie scolaire, de ses exercices, de ses jeux et jusque de ses programmes d'études doit lui être confiée. Par ses conseils d'hygiène, ses recommandations, c'est à lui qu'il appartient de préparer, d'ordonner, de défendre le milieu où va se développer l'enfant.

Il doit aussi protéger à l'école l'enfant contre tout ce qui peut nuire à sa santé, à sa croissance, à son parfait développement : les vices des méthodes, les mauvaises habitudes pédagogiques; le matériel, l'éclairage, le chauffage anti-hygiéniques; l'alimentation défectueuse, etc...

Aux côtés de l'éducateur, le médecin doit étroitement surveiller l'état physique de l'écolier en constante évolution.

Ce rôle du médecin à l'école n'est pas nouveau. Il est connu depuis longtemps, bien qu'on ne puisse malheureusement encore dire qu'il soit généralement assuré; mais il tend à devenir de plus en plus considérable dans l'éducation des enfants et à évoluer vers la médecine préventive, non seulement en ce qui concerne les maladies contagieuses — ce qui est sa raison d'être principale — mais aussi par la correction des petites infirmités qui entravent, gênent, troublent la croissance de l'enfant à l'âge scolaire.

Il est bien évident que ce rôle ne peut appartenir qu'aux médecins. Ce sujet nous tente, parce que l'enfant c'est tout l'avenir du pays et que seule notre science peut améliorer et lui conserver ce capital précieux. N'est-ce pas là une manière élevée de nous acquitter par l'exercice de notre profession de nos devoirs envers notre Patrie ?

Nous pensons faire œuvre utile en développant ce sujet de Thèse qui nous a semblé mériter intérêt parce qu'il résume une pratique déjà longue de cette fonction médicale nouvelle et en contribuant à faire connaître une solution qui nous apparaît comme devant à la fois être plus immédiatement utile à l'écolier et à la Société.

Notre travail comprendra l'exposé suivant :

I. — Historique de l'Inspection médicale des écoles. Sa raison d'être, son objet.

II. — Fondation à Bordeaux.

III. — Les diverses conceptions de l'Inspection médicale des écoles.

IV. — La présence des Spécialistes dans l'Inspection médicale des écoles.

V. — Une conception nouvelle de l'Inspection médicale des écoles : les Cliniques gratuites des écoliers.

VI. — Comment fonctionnent les Cliniques scolaires ? Leur personnel, leur matériel, leurs résultats.

VII. — Conclusions.

CHAPITRE I

HISTORIQUE DE L'INSPECTION MEDICALE DES ECOLES.

SA RAISON D'ETRE. SON OBJET.

La Convention décrète l'examen physique de l'écolier.

L'idée première de l'Inspection médicale des écoles est française et naquit de la Révolution. C'est Lakanal, qui, le 26 juin 1793, a fait décréter par la Convention le principe de l'examen physique de l'écolier. C'était une pensée neuve et hardie, fille des conceptions de Jean-Jacques Rousseau sur l'éducation, à la discussion de laquelle prirent part Wandelaincourt (de la Haute-Marne), Lepelletier Michel, Robespierre et Marie-Joseph Chénier.

Ce sont là des titres de noblesse, mais pour ainsi dire sans fortune, puisque ce n'est que cent vingt ans plus tard qu'un projet de loi est venu consacrer cette thèse généreuse. Les bonnes intentions avaient, en effet, devancé la science, et si le principe seul de cet examen a été admis c'est qu'on se rendait bien compte de son utilité, mais qu'on était sans moyens pour le réaliser pratiquement.

Par la suite, d'éminents esprits se sont occupés de cette institution durant quelques heures de leur vie; mais il ne s'est pas trouvé un homme d'Etat pour la prendre en main et lui aider à triompher des obstacles qui ont été accumulés sur sa route, parce que personne n'avait pris soin de définir exactement ce qu'elle doit être et jusqu'où elle doit aller. Faute de démarcations nettes, il n'a rien été fait que de trop timides essais.

*Loi du 28 juin 1833 par laquelle chaque commune doit
entretenir une école salubre.*

En 1833, la loi du 28 juin, qui est restée l'honneur de la vie parlementaire de Guizot, oblige toute commune à entretenir une école et charge le Comité local de la surveillance de sa salubrité. C'est la preuve du souci naissant de *l'Hygiène du milieu scolaire*, préoccupation tout à fait utile et par laquelle il était juste de commencer.

Le 16 avril 1834, Orfila ébaucha l'Inspection médicale en attachant un médecin à chaque école de garçons et en lui imposant deux visites mensuelles.

*1842-1843. Surveillance médicale des Ecoles primaires
de Paris.*

Deux arrêts du 20 décembre 1842 et du 19 mai 1843 établissent une surveillance médicale près de toutes les écoles primaires publiques et privées et des salles d'asiles de Paris, prescrivent une visite hebdomadaire, l'examen individuel de tout élève admis, sa vaccination, l'élimination de tous les contagieux.

En 1861, Duruy établit une Commission centrale chargée de donner son avis sur toute question d'alimentation, d'habillement, d'hygiène, de gymnastique concernant les lycées.

1879. Organisation de l'Inspection médicale des écoles de Paris.

En 1879, le Conseil municipal de Paris organise l'inspection médicale des écoles telle qu'elle fonctionnait naguère. Il devance ainsi le Ministre de l'Instruction publique Jules Ferry, qui, le 14 novembre, adresse une circulaire aux Préfets les invitant à créer dans toute la France l'Inspection médicale des écoles.

Loi du 30 octobre 1886 sur l'organisation de l'enseignement primaire.

La loi du 30 octobre 1886 sur l'organisation de l'enseignement primaire vient donner une consécration légale à l'inspection médicale scolaire, et, à la suite, quelques municipalités essayent de mettre en application cette partie de la loi : on peut citer à côté de Paris qui a de beaucoup devancé l'obligation légale, Bordeaux, Lyon, Alger, Le Havre, Nancy, etc...

Il n'y a pas encore obligation impérative et c'est pourquoi pendant plus de vingt ans les prescriptions concernant cette surveillance médicale des écoles ont été tout doucement ensevelies par les édiles.

Mais fort heureusement il y a quelques rares parlementaires dont le zèle pour l'hygiène est aussi inlassable qu'isolé. Il convient de citer les efforts réitérés du député Vaillant, qui, à l'occasion du budget de l'Instruction publique, n'a pas manqué de harceler de questions le gouvernement en 1904, 1905, 1906, 1907, 1908, 1909. C'est à sa persévérance qu'est due l'initiative de M. Doumergue, Ministre de l'Instruction publique, qui, le 23 mars 1910, dépose un projet de loi sur l'organisation de l'Inspection Médicale des Ecoles,

Le Parlement a chargé sa Commission d'Hygiène d'examiner ce projet, et celle-ci, à son tour, a confié au D^r Doizy, député des Ardennes, le soin de lui donner un avis.

1912. *Projet de loi sur l'Inspection médicale des écoles.*

Cet avis, inséré à l'*Officiel* du vendredi 19 avril 1912, est un très remarquable rapport de près de 400 pages, traitant très complètement le sujet.

Depuis cette époque, la question n'a pas encore été reprise au Parlement, mais de nombreuses communes trouvant dans la loi de 1886 un point d'appui suffisant se sont décidées avant et surtout après la grande guerre à créer et à faire fonctionner l'inspection médicale des écoles, en attendant que le législateur parvienne à mettre sur pied un texte précis posant les bases d'une organisation vraiment uniforme et générale de cette indispensable institution.

Les hésitations du Parlement dans cette voie tiennent vraisemblablement à ce fait que l'accord n'est pas fait sur ce sujet dans le corps médical et le corps enseignant. Le principe même de l'inspection médicale scolaire n'est pas contesté, mais les divergences se produisent dès qu'on aborde pratiquement le problème.

En ce qui concerne la surveillance des locaux et du matériel, nulle difficulté : maîtres et praticiens se rendent compte de la nécessité de cette inspection d'hygiène du milieu où vivent les enfants. L'aération, l'éclairage, le chauffage, la propreté des lieux, la commodité du matériel sont des notions qui, médicales à l'origine, sont tombées désormais dans le domaine commun. On pourrait même dire que les médecins qui les ont répandues en ont été expropriés, ces observations relevant le plus souvent des maîtres et des autorités locales qui ont accès à l'école.

C'est le premier pas de l'inspection médicale des écoles. Beaucoup de communes s'en tiennent encore là, entendant que la surveillance de la santé de l'enfant relève de la famille et non de la collectivité,

Ce point de vue est soutenable. Mais encore faudrait-il que tous les enfants soient logés à la même enseigne et que tous les parents soient aptes à dépister chez leurs enfants les prodromes ou les symptômes des affections contagieuses; mais il est malheureusement trop certain qu'il n'en est pas ainsi. D'autre part, il est un fait bien établi, c'est que l'école est un milieu de choix pour l'éclosion et le développement des maladies infectieuses, parce que le groupement des enfants, venant de quartiers et milieux différents, leur âge, leur grande réceptivité créent des conditions exceptionnellement favorables à l'éclosion des maladies contagieuses.

Imposer aux familles d'envoyer leurs enfants à l'école entraîne donc comme corollaire l'obligation pour l'Etat de prendre toutes mesures pour éviter que les écoliers soient victimes des conséquences mêmes de la réunion d'un grand nombre d'enfants: accidents, maladies transmissibles, etc...

Et voilà bien l'obligation morale pour l'Etat d'exercer la protection des enfants contre les maladies contagieuses qui frappent de préférence les milieux scolaires, et par conséquent la nécessité légale de créer l'inspection médicale des écoles.

En bonne morale, l'obligation de la fréquentation scolaire devrait entraîner de fait pour l'Etat l'obligation d'une surveillance médicale de l'école. Constatons sa carence sur ce point d'importance, puisqu'il n'existe encore aucune organisation légale, mais marquons la *raison d'être* et le *but* de l'inspection médicale des écoles:

Reconnaître à l'Etat le droit d'imposer aux familles la fréquentation scolaire, c'est nécessairement reconnaître que l'Etat doit en subir la conséquence logique, légitime: l'organisation de l'inspection médicale ayant pour but la protection de l'écolier contre les maladies contagieuses qui prennent le plus souvent l'école comme théâtre,

CHAPITRE II

FONDATION DE L'INSPECTION MEDICALE DES ECOLES A BORDEAUX

La ville de Bordeaux a compris depuis longtemps qu'il faut conserver ceux qui naissent; les amener à l'âge d'homme en bon état pour qu'à leur tour ils puissent accomplir œuvre profitable au pays. Veillez sur l'enfance, épargner l'existence des jeunes, les rendre forts, c'est faire œuvre patriotique. Ce rôle appartient en principe aux parents. Certes ! Nombreux sont les parents qui, poussés, non seulement par leurs sentiments naturels de sollicitude, mais encore par l'intérêt supérieur spécifié plus haut, se préoccupent sérieusement de l'évolution corporelle, intellectuelle et morale de leurs enfants. Mais en revanche, soit inertie, soit défaut de temps ou de clairvoyance, soit indifférence parfois, malheureusement combien de parents manquent à ce devoir.

D'autre part, l'action des parents ne s'exerce avec exactitude que dans le milieu familial, mais combien plus nombreux sont les dangers qui peuvent menacer la santé de

l'enfant dans les milieux extra-familiaux, notamment à l'école, où par une promiscuité forcée les contagions sont facilitées.

Ici, la responsabilité des parents cesse : elle incombe aux autorités intéressées, et par dessus tout à l'Etat. Dans de telles conditions, on le voit, la collectivité dans ses différentes formes de groupement, a le devoir, en présence de la responsabilité qui lui échoit, de veiller avec un soin extrême à la conservation de l'enfance.

La ville de Bordeaux, comme je viens de dire, a compris, depuis de longues années, de quelle importance étaient les soins et la sollicitude dont on devait entourer l'enfance. Profitant de l'action directe que lui donnaient les règlements scolaires, elle a institué pour ses écoles, une des premières en France, sinon la première, un service d'inspection médicale destiné précisément à exercer cette surveillance sanitaire d'une façon aussi efficace que possible.

Fondation du service d'inspection médicale.

En 1886, M. Daney, Maire de Bordeaux, créa le service d'inspection médicale des écoles. La direction de ce service fut confiée à M. le Dr Layet, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine.

Comme médecins inspecteurs, furent nommés MM. G. Ferré, W. Dubreilh, Rondot, Professeurs à la Faculté de médecine.

Les inspecteurs faisaient dans chaque école de leur ressort une visite mensuelle et dirigeaient un dispensaire, où chaque jeudi à l'Athénée, se présentaient, avant de rentrer à l'école, les enfants qui avaient été atteints de maladie contagieuse. On vérifiait non seulement la disparition de tout accident, mais encore la durée réglementaire de l'éloignement en dehors de l'école. Un registre, pour chaque école, mentionnait les maladies et les dates d'évolution. Les

élèves se présentaient au dispensaire munis d'une carte délivrée par MM. les Directeurs et M^{mes} les Directrices.

Les parents, en effet, étaient intimement liés au fonctionnement du service, et certes, beaucoup de mères de familles ont dû apprendre les règles élémentaires de l'hygiène par suite de l'application des mesures qui étaient prises au sujet de leurs enfants.

Les maîtres, les parents, les médecins scolaires étaient mis en rapport direct par ce fonctionnement et il en est résulté une diffusion des règles d'hygiène profitables à la population.

L'action éducatrice se produisait non seulement à l'école, mais encore au dispensaire scolaire, où les parents devaient présenter leurs enfants pour qu'on puisse vérifier l'exactitude de l'application des règlements.

Comme toujours on avait protesté au début, ce n'était pas les parents qui protestaient le plus fort contre ce mode de fonctionnement, mais on avait fini par reconnaître qu'il était important de vérifier l'état sanitaire des enfants avant leur rentrée à l'école, pour éviter la propagation des maladies infectieuses.

En 1906, le service d'inspection fut modifié profondément, il fut décidé, sur la proposition de M. le Maire de Bordeaux M. Bellocq, qu'une Commission comprendrait MM. Ferré, W. Dubreuilh, Moure, Lagrange, Régis, Cabannes, Gourdon et Brindel, Professeurs à la Faculté de médecine.

Cette nouvelle organisation mixte, comprenant des médecins inspecteurs ordinaires, et médecins inspecteurs spécialistes, composée de compétences si variées, n'a pas tardé à se mettre à l'œuvre et dès la première réunion le 12 janvier 1907, la plupart de ses membres émis, sous forme de rapport écrit ou verbal leurs idées touchant le mode de fonctionnement d'un service d'inspection scolaire qui leur paraî-

trait le mieux adoptés au plus grand profit des enfants des écoles.

Ce service d'inspection des écoles de la ville de Bordeaux ne se bornait pas à l'exclusion des enfants atteints de maladies infectieuses, il visait à quelque chose de plus élevé et se proposait de remédier à des affections qui s'observent ou qui naissent dans le milieu scolaire. On avait donc des spécialistes pour les yeux, les oreilles, le nez, pour les maladies de la peau, cuir chevelu, et le dentiste.

On a fait ainsi connaître au public d'une façon très large et très simple que les enfants n'étaient pas uniquement exposés aux maladies contagieuses, mais qu'il pouvait exister chez eux des affections peut-être plus dangereuses, parce qu'elles peuvent entraîner une déchéance physique complète et détruire par cela même l'avenir de l'enfant.

N'était-ce donc pas là de la bonne hygiène sociale, base de l'éducation sociale ? Le souci d'un intérêt social bien compris, le désir de montrer au peuple qu'il faut s'intéresser à l'état de santé chez des enfants, pour obtenir une génération solide et sérieuse et constituer par cela même une société bien ordonnée, physiquement au moins.

Rôle des médecins inspecteurs ordinaires.

Les médecins inspecteurs ordinaires s'occupent comme pour le passé de l'hygiène générale scolaire ; ils doivent visiter les locaux, vérifier leur tenue, constater l'état de santé des enfants, le bon état de propreté de ces derniers, veiller à ce qu'il n'y ait pas parmi eux d'enfants atteints de maladie contagieuse, exiger une parfaite régularité dans la tenue du registre de sorties et de rentrées pour maladies.

A côté de ses devoirs de Médecin-Inspecteur ordinaire il lui est recommandé, en plus, de poursuivre la recherche des cas de tuberculose latente.

Une attribution nouvelle leur permettra d'entrer en relation plus étroite avec les parents et par conséquent de faire

œuvre plus complète d'éducateurs; ils seront chargés d'une manière générale de la constitution et de la garde des dossiers sanitaires scolaires.

L'installation des médecins spécialistes donne encore bien davantage à cette réorganisation le cachet d'intérêt social.

Les médecins spécialistes à l'école.

1° *Oto-rhino-laryngologiste.* — On a remarqué de quelle importance sont des lésions de ces parties du corps et le retentissement de ces altérations sur les organismes jeunes. Il y a certainement chez les enfants des écoles des sourds avérés, mais en dehors de ceux-là, on trouve une série d'enfants « durs d'oreille » : 15 à 20 % sont dans ce cas. Il y a certains enfants qui peuvent devenir sourds-muets, parce qu'on ne s'est pas aperçu de leur surdité. Par cette inspection particulière, on pourra arrêter l'évolution de la surdité chez près d'un cinquième des écoliers.

2° *Oculiste.* — Un sujet non moins important que le précédent a retenu l'attention de la Commission.

On sait avec quelle fréquence se produisent les troubles oculaires pendant la vie scolaire. Il est de toute notoriété que la myopie s'acquiert à l'école de 6 à 15 ans. La lecture et l'écriture pratiquées à des distances trop rapprochées des yeux, en deça de 10 à 30 centimètres, l'écriture penchée, l'éclairage insuffisant, le mobilier défectueux; tout cela doit entrer en ligne de compte pour expliquer la production de la myopie scolaire.

3° *Dermatologue.* — Inspections des écoles au point de vue de la prophylaxie des maladies cutanées, et plus particulièrement des maladies causées par les parasites est d'une grande importance.

Il y a souvent dans l'examen de ces maladies des cas épineux et il est nécessaire qu'un médecin spécialisé dans leur étude intervienne pour les trancher.

Certaines maladies, telles que la pelade, l'impetigo, la teigne doivent être sérieusement diagnostiquées, car si les enfants atteints de la première de ces trois maladies peuvent, d'après les résultats acquis, être conservés à l'école, les enfants atteints des deux autres doivent être exclus.

4° *Dentiste*. — Il est inutile d'insister longuement sur les inconvénients que présente chez l'enfant et plus tard chez l'adulte une dentition de mauvaise constitution. L'influence d'une mauvaise dentition sur la nutrition est néfaste.

On veillera à ce que la propreté de la bouche soit entretenue, on évitera ainsi les caries dentaires qui prêtent à tant d'infections, soit du côté des voies respiratoires, soit du côté des voies digestives.

En 1892, on a créé à Bordeaux des colonies scolaires de vacances, fondation qui fut pour ainsi dire la première en France. C'est une œuvre de solidarité, il est juste que les enfants souffreteux, chétifs, exposés aux pires maladies soient mis en état de résistance par un séjour au bord de la mer ou à la campagne, suivant un choix judicieux effectué par le médecin.

Enfants anormaux psychiques.

On doit entendre par les enfants anormaux psychiques et distinguer parmi ces derniers, ceux que l'on doit maintenir à l'école.

L'éducation et l'instruction de ces anormaux nécessitent des soins spéciaux, et par conséquent une organisation scolaire spéciale.

On a créé dans une école des classes spéciales, confiées à MM. Régis, Abadie et Lande fils. Cette création a parfai-

tement réussi. Les parents loin d'être écartés par la crainte de voir net à jour l'état cérébral défectueux de leurs enfants, ont vivement apprécié le service social qui leur était rendu. L'influence de ce Comité girondin de l'Alliance d'hygiène sociale a produit dans ce cas particulier d'heureux résultats.

C'est bien là une œuvre d'éducation sociale, cette tentative d'instruction qui réunit dans une solidarité étroite les parents d'une part, les instituteurs et les médecins chargés les uns et les autres de ce rude fardeau d'autre part.

Voilà pour les anormaux psychiques, mais il fallait s'occuper aussi des anormaux corporels. Veiller à ce que pendant le séjour à l'école l'enfant ne contracte pas d'infirmités qui les rendrait impropre à mener une vie normale ou bien, si par cas ces infirmités existaient avant son entrée à l'école, à ce que ces infirmités soient améliorées, c'est ainsi qu'il va intervenir encore un spécialiste d'orthopédie.

Orthopédiste. -- Les modifications statistiques que l'on peut voir se produire le plus souvent chez l'enfant sont des déviations de certaines parties du corps et notamment de la colonne vertébrale : ces déviations proviennent, le plus souvent, d'attitudes vicieuses ou bien d'infirmités intrinsèques à la constitution de l'enfant.

On observe dans le jeune âge des difformités, le plus souvent : scoliose, scyphoses, luxations congénitales de la hanche et pieds bots.

L'orthopédie doit s'occuper de ces trois ordres d'infirmités. L'intervention de l'orthopédie permettra de corriger à temps l'attitude vicieuse qui conduit l'enfant à la cyphose et à la scoliose.

Si l'on veut bien songer que ces déviations ne se bornent pas à déterminer chez l'enfant simplement un défaut d'esthétique, mais qu'elles peuvent produire des modifications très graves de l'organisme, telles que les changements de

forme de la cage thoracique, la compression du poumon, la compression du cœur et des gros vaisseaux avec leurs conséquences, on comprendra que la nécessité d'examiner les élèves à ce point de vue spécial s'imposé avec une rigueur absolue.

C'est ainsi que la ville de Bordeaux a couronné l'œuvre commencée dans son sein même; elle a l'insigne honneur de foder, la première, cette œuvre si utile et si belle.

CHAPITRE III

LES DIVERSES CONCEPTIONS DE L'INSPECTION MÉDICALES DES ÉCOLES

Le principe de l'inspection médicale des écoles étant admis, on peut envisager plusieurs manières de la réaliser qui constituent en quelque sorte des étapes par lesquelles est passée cette institution.

Première étape : Inspection d'hygiène du milieu.

Tout d'abord, on peut la concevoir dans son sens le plus restreint : *l'inspection du milieu* dans lequel les enfants sont appelés à passer une partie de leur vie. C'est une garantie de salubrité de l'établissement, c'est la surveillance minima, puisqu'elle ne porte que sur les locaux et le matériel. Elle a pour but de s'assurer des bonnes conditions d'*orientation, d'aération, d'éclairage, de chauffage, de propreté, de la commodité du matériel scolaire*. Elle a son importance et il est nécessaire que dans l'inspection médicale scolaire ce point de vue ne soit pas négligé.

Deuxième étape : Prophylaxie des maladies contagieuses.

Mais bientôt le concept « Inspection médicale des éco-

les » s'est étendu. On s'est vite rendu compte qu'il était indispensable de protéger l'enfant, contre les maladies contagieuses, dans le temps qu'il est l'hôte de l'école. D'où le souci apporté pour limiter les conséquences de l'éclosion d'une maladie infectieuse par le *licenciement*, l'*isolement*, la *désinfection*, dès l'apparition d'un cas de contagion intra-scolaire.

C'est encore là la formule la plus généralement adoptée dans le programme de l'inspection scolaire de la plupart des communes qui l'ont instituée.

Surveillance d'hygiène du milieu et prophylaxie des maladies contagieuses constituent les deux termes de l'action du médecin scolaire les plus communément admis.

Ils peuvent suffire. Cependant ils ne donnent pas toute satisfaction, parce qu'ils peuvent être réalisés sans tenir compte de l'enfant lui-même.

Or ces mesures sont prises en vue de protéger l'écolier. C'est donc lui qui constitue le bien précieux à sauvegarder, le centre d'intérêt. Cette conception de l'inspection médicale *visé l'école*, elle n'est pas encore celle de *l'écolier*. D'où une troisième conception de ce service : l'examen médical de l'écolier pris pour but.

Troisième étape : Examen médical des écoliers.

En effet, il n'apparaît pas suffisant d'assurer la *salubrité des locaux*, la *prophylaxie des maladies* contagieuses à l'école; il convient aussi *d'exercer une surveillance médicale sur l'enfant*. C'est une troisième étape de l'inspection médicale des écoles par laquelle l'enfant rentrera dans le domaine de ses observations. Celles-ci pourront être plus ou moins complètes, plus ou moins détaillées. Elles donneront lieu à l'établissement *des carnets de santé*, où seront consignés les examens divers : anthropométriques médi-

caux, etc., avec un luxe plus ou moins grand de détails concernant l'enfant. C'est en quelque sorte, la *période spéculative* de l'inspection médicale des écoliers, parce que, fréquemment, les observations notées n'ont qu'un intérêt statistique et ne donnent lieu à aucune mesure thérapeutique utile : elles sont, le plus souvent, perdues pour l'enfant.

Mais les médecins chargés de l'inspection médicale scolaire s'aperçoivent rapidement, en pratique, du peu de portée d'un service ainsi entendu. Aussi, dans beaucoup de villes, a-t-on eu l'idée de signaler aux parents les résultats des observations faites par les médecins scolaires sur les enfants. On avise ainsi la famille que l'écolier a besoin de soins divers parce qu'il présente de l'anémie, des ganglions cervicaux, de l'hypertrophie des amygdales, des végétations, des troubles de la vue, de l'ouïe, des lésions internes.

Dans la crainte d'indisposer le corps médical, on a soin d'insister tout particulièrement sur l'utilité de consulter le médecin de la famille, le spécialiste. Le plus souvent, on ne consulte personne.

Quatrième étape : Traitement des petites infirmités et tares de l'écolier.

Bien entendu, cette étape constitue un certain progrès, mais ne donne cependant pas les résultats espérés. Trop d'enfants n'en tirent aucun bénéfice, pour des raisons diverses, et conservent leurs lésions ou leurs tares.

Quelques villes s'en tiennent là; d'autres cherchent à améliorer le rendement de l'Inspection médicale dans les écoles, et on en arrive alors à la *conception du traitement de l'écolier*, question importante qui sera exposée au Chapitre IV, car elle est subordonnée à la présence des médecins spécialistes dans l'inspection médicale des écoles, objet du chapitre suivant.

CHAPITRE IV

LA PRESENCE DES SPECIALISTES DANS L'INSPECTION MEDICALE DES ECOLES

Quand on veut organiser l'Inspection médicale des écoles, on éprouve un certain embarras dans le choix du personnel médical.

Le médecin scolaire doit-il être spécialisé ?

L'exercice de cette fonction doit-il être assuré par des médecins qui lui consacrent tout leur temps et, en quelque sorte, s'y spécialisent ?

Ou bien convient-il de faire appel à des praticiens auxquels serait confié le soin d'examiner les enfants d'une ou plusieurs écoles ?

Il ne nous semble pas possible, actuellement, de prendre nettement parti, parce que nous pensons que les solutions sont des cas d'espèces.

D'une part, les communes, les départements et l'Etat n'ont jusqu'alors pris aucune disposition financière pour la création d'un corps de médecins scolaires. Peut-être

serait-il désirable que le service soit assuré par un médecin spécialisé. Mais nous n'avons pas connaissance à ce jour d'une telle réalisation, pour la raison qu'aucune administration n'a résolu la question des honoraires médicaux d'une manière satisfaisante et qui permette de vivre très honorablement de la fonction.

Cependant, la chose n'est pas impossible, et il est aisé de concevoir l'existence d'un médecin des écoles spécialisé, exerçant son action sur les établissements scolaires d'un groupe de cantons ou même, au début, d'un arrondissement, à l'exemple des inspecteurs de l'enseignement primaire.

Nous avons même la conviction que ce médecin ne manquerait pas de travail et que, quel que soit le prix de ses services, son action représenterait pour la société une économie considérable de vies humaines et de plus-value dans le rendement professionnel ultérieur des écoliers qui auraient bénéficié de sa surveillance.

Il ne serait peut-être pas nécessaire de grever les budgets communaux et départementaux pour assurer cette fonction. Nous pensons qu'il suffirait d'une meilleure utilisation de cette poussière de traitements qui se disperse dans le corps médical d'un département sous forme d'honoraires de vaccination ou autres.

Mais qui songe à cette concentration de fonctions éparses et comment la réaliser si l'ordre n'en émane pas impérativement du Ministère ?

Cependant, en attendant cette solution très désirable, nous le répétons, force est bien de faire appel à la bonne volonté et à l'activité des praticiens ou à des médecins nantis d'autres fonctions, l'inspection médicale des écoles étant jusqu'alors insuffisante à assurer la vie matérielle de celui qui s'y emploierait exclusivement.

Cette solution de la difficulté n'est d'ailleurs pas un empêchement à un bon fonctionnement, à condition, ce-

pendant, que l'on ne charge pas trop lourdement le praticien. Un petit nombre d'écoles pourrait lui suffire s'il veut faire des examens périodiques très consciencieux comme ceux qu'il ferait dans son cabinet de consultations.

Aussi pensons-nous qu'il conviendrait de répartir le travail médical très considérable qu'il y a à faire à l'école entre tous les praticiens d'une région, en laissant, par exemple, aux Syndicats médicaux le soin de cette répartition au gré de ses membres, l'intervention de l'administration en cette affaire ne pouvant être que très indésirable.

Peut-être cependant ne sera-ce point là une solution facile tant que les administrations auront la libre disposition de ces ridicules prébendes qui sont l'achoppement de toutes les généreuses vues d'hygiène publique.

Les médecins spécialistes à l'école.

Une autre difficulté s'ajoute à la désignation du médecin des écoles :

Doit-on faire une place dans l'inspection médicale des écoles aux divers *spécialistes* et quel sont qu'il conviendra d'appeler à cette œuvre ?

La question a été assez longtemps controversée. Naguère, il se trouvait bon nombre de médecins pour soutenir que les spécialistes ne sont point indispensables et que le médecin inspecteur des écoles doit être assez instruit et assez complet pour assurer seul sa besogne.

Cette opinion a subi l'évolution même de la science médicale. Actuellement, on estime que son champ est trop vaste, ses procédés d'examens trop délicats, ses instruments de mesure, de recherche, trop nombreux, pour qu'il soit possible à un médecin, même très cultivé, de les manier avec l'habileté plus consommée des divers spécialistes. Ils ont fait leur place dans le corps médical. De

même ont-ils la leur dans l'inspection médicale des écoles.

« Pour faire besogne utile à l'école, les médecins spécialistes sont indispensables. Quand on a quelque peu observé l'enfant, il faut convenir qu'ils ont à remplir à l'école un rôle pratique de tout premier ordre.

» Les écarter *a priori* de la besogne médicale scolaire, c'est une erreur fondamentale et même une certitude d'échec.

» Il faut bien reconnaître que cette manière de voir, assez peu suivie tout d'abord, est devenue, depuis quelques années, celle de tout le monde. On s'est, en effet, très rapidement rendu compte qu'en l'état actuel du développement des spécialités médicales, il est impossible de réunir la compétence variée indispensable pour assurer utilement l'examen individuel de tous les écoliers et qu'il est non seulement nécessaire mais équitable de faire appel au concours plus éclairé des spécialistes. »

Celui qui a éprouvé le moins de difficulté à se faire admettre est l'*oto-rhino-laryngologiste*. Dans tous les pays où fonctionne l'inspection médicale scolaire, on note que l'*oto-rhino-laryngologiste* en fait toujours partie, parce que sa tâche est considérable et sa spécialité un peu en dehors de la pratique médicale courante.

Puis on s'est aperçu de la fréquence des lésions des yeux chez l'enfant, de son importance dans sa croissance, et on a vu installer à l'école l'*oculiste* qui, généralement, n'y manque pas d'occupations.

Il en a été de même du *dermatologiste* et parfois du *dentiste* et de l'*orthopédiste*. Nous pensons cependant que ce dernier peut être, dans la plupart des cas, remplacé par le médecin-inspecteur lui-même, qui, lors de l'examen général de l'enfant, ne peut laisser passer inaperçues des lésions de l'importance des déformations vertébrales, squelettiques ou autres.

En résumé, il nous semble donc indispensable de faire bénéficier l'écolier de tous les progrès de la technique médicale moderne, si l'on veut assurer auprès des administrations et surtout des familles et des maîtres le succès de cette institution en genèse qu'est l'Inspection médicale des écoles. Le corps médical compte actuellement des spécialistes en assez grand nombre sur le territoire et jusque dans les petites villes pour fournir les éléments d'une organisation du service médical scolaire compris de cette façon.

CHAPITRE V

UNE CONCEPTION NOUVELLE DE L'INSPECTION MEDICALE DES ECOLES.

LES CLINIQUES GRATUITES DES ECOLIERS

En pratiquant l'inspection médicale des écoles, soit qu'on l'entende comme portant exclusivement sur les locaux et le matériel, ou également sur la prophylaxie et l'état physique complet de l'écopier, on se rend vite compte de son insuffisance, de son peu d'efficacité. C'est bientôt, pour le médecin qui observe et réfléchit sur son action, une vive déception. Il manque quelque chose à son action, quelque chose d'essentiellement pratique, utile; ce que l'on exige d'un médecin et ce qu'il ne lui est pas permis de refuser dans toutes les circonstances où l'on fait appel à lui : *l'acte médical lui-même.*

La conception de l'Inspection médicale des écoles, simple œuvre d'hygiène, de prophylaxie, peut se soutenir, car elle a son utilité incontestable, mais elle est manifestement insuffisante : mieux encore, elle nous apparaît comme assez illogique. Elle équivaut à dire aux parents ;

« Voici une belle école, très salubre, un matériel parfaitement physiologique.

» Tous les efforts y sont faits pour préserver votre cher enfant des maladies contagieuses. Tout ce qui entoure votre enfant nous intéresse et nous ferons en sorte que l'ensemble du milieu scolaire concoure à sa protection, à son bien-être, à son éducation. Poussant plus loin notre sollicitude, nous irons même jusqu'à l'examiner, noter soigneusement ses conditions de santé et vous en faire part pour que vous agissiez selon votre volonté. Mais nous en resterons là. Nous voulons bien mettre en œuvre toutes les méthodes, tous les procédés pédagogiques pour faire son éducation intellectuelle, mais nous ne ferons rien pour lui assurer un corps robuste et sain. Sa formation intellectuelle nous préoccupe au maximum, mais nous ne sommes pas intéressés par son développement physique, sa croissance, élément de force si important. »

Comment ne pas trouver cette attitude étrangement paradoxale ?

Elle l'est au plus haut point ! L'Etat consacre des sommes énormes pour apprendre des rudiments médiocrement utiles à l'enfant, comme s'il devait vivre de cet enseignement, alors qu'il ne fait rien pour lui assurer un développement normal de son corps, qui conditionnera son existence !

L'Etat s'arroe le droit de former les esprits par l'enseignement, et il se désintéresse complètement du développement physique de l'enfant, en l'abandonnant à la famille !

Nous prétendons que cette attitude est illogique et insoutenable, et que, du moment qu'il entend se substituer aux parents dans la question de l'éducation de l'enfant, il a parallèlement le devoir de ne rien négliger pour assurer sa bonne croissance physique. En effet, si l'Etat tient la majorité des familles comme insuffisantes pour fournir l'instruction à l'enfant, il doit les considérer aussi comme

peu capables de le défendre contre des maux qu'elles ignorent : ce sont là deux formes de l'ignorance.

Dans cette sorte de tutelle de l'enfant que l'Etat institue d'autorité à son profit, il a le devoir de ne rien négliger pour assurer sa défense intégrale.

C'est le principe même de l'action médicale scolaire. Il pouvait ne pas se poser; mais, dès l'instant que l'Etat se substitue aux parents dans l'éducation des enfants, logiquement il n'a plus le droit de s'arrêter en route.

Aussi peut-on affirmer que la défense physique de l'écolier est un devoir de l'Etat dont aujourd'hui il n'a plus le droit de se décharger. Et voilà pourquoi l'inspection médicale des écoles doit bien être une institution d'Etat obligatoire et qu'il n'est guère possible de limiter son action. *Elle doit aller jusqu'à l'acte médical si le développement physique de l'enfant est en jeu.*

C'est en partant de ces considérations qu'on en arrive à sentir la nécessité de compléter l'action de l'inspection médicale des écoles.

Pratiquement, cette extension du rôle du médecin scolaire est indispensable pour la raison que les parents, même mis au courant de l'état de santé de leur enfant, font montre de la plus étonnante négligence dans la plupart des cas, parce qu'ils ne comprennent pas l'intérêt d'une petite intervention sur sa santé générale. Souvent aussi, ils reculent devant les frais qu'elle entraînerait ou sont embarrassés dans les démarches qu'elle nécessite. Ainsi, ignorance, pauvreté, indifférence souvent, insouciance aussi, concourent à faire négliger ces petites infirmités curables de l'enfance : végétations, hypertrophie des amygdales, caries dentaires, otites, teignes, conjonctivites, myopies, si faciles à corriger et qui retentissent sur l'état général de l'enfant de façon si désastreuse.

C'est dans la correction de ces petites tares qu'il semble que l'Inspection médicale des écoles doit particulièrement

intervenir. Là, elle est utile grandement; là, elle fait œuvre médicale prévoyante.

C'est le but même des *Cliniques scolaires gratuites*.

« Le rôle du médecin-inspecteur des écoles, tel qu'il est actuellement compris par la majorité des hygiénistes, apparaît, dans la pratique, comme insuffisant, platonique et frappé d'une navrante stérilité. »

C'est sous l'impression de cet échec et de cette insuffisance de l'inspection médicale des écoles que nous nous sommes préoccupé de chercher une solution pratique à ce problème, un correctif à cette imperfection.

Nous croyons l'avoir trouvée dans la création, à côté de l'inspection médicale des écoles, en annexe complémentaire, indispensable, de « *Cliniques scolaires gratuites* ».

Tous les médecins connaissent les services rendus à la première enfance par les admirables « *Consultations de nourrissons de Budin* », mais ceux surtout qui ont été appelés à les diriger savent combien il est *vrai* qu'on y arrache à la mort de nombreux petits êtres fragiles et réceptifs, par quelques soins élémentaires, mais généralement ignorés des mères.

Ils savent que, dès qu'une de ces œuvres fonctionne activement dans une localité, la mortalité infantile rétro-cède dans des proportions impressionnantes.

Ils n'ignorent pas davantage que les maladies qui frappent les yeux, les oreilles, la gorge, le nez, les dents sont les plus générales et les plus répandues dans la population scolaire; et tous savent encore à quel point elles influencent la santé générale des enfants, leur développement physique et intellectuel, et quel rôle on les soupçonne de jouer dans l'éclosion des maladies contagieuses, et en particulier de la tuberculose. *Nous pensons que les « Cliniques scolaires gratuites » se donnant pour but le diagnostic et le traitement de ces petites infirmités infantiles rendraient à la clientèle de nos écoles des services comparables*

à ceux que rendent tous les jours les consultations de nourrissons à la première enfance; celles-ci seraient, en quelque sorte, le prolongement à l'école de celles-là.

Pour être vraiment utile, nous pensons que l'inspection médicale des écoles ne doit pas être uniquement hygiénique et prophylactique.

Elle doit se proposer plus et mieux : pour être populaire, pour plaire et donner des résultats évidents, elle doit entrer résolument dans la voie du traitement de toutes ces petites infirmités infantiles qui, curables au début, prennent, à l'âge adulte, un certain développement et entrent, pour une part difficile à déterminer, mais importante et certaine, dans les causes morbifiques qui conduisent les malades aux portes du Bureau d'assistance, de bienfaisance, des Hospices et des Hôpitaux.

Cependant, il convient de ne pas dépasser notre pensée, mais de l'interpréter exactement; il ne s'agit pas de soigner à l'école toutes les maladies, soit aiguës, soit chroniques; nous laissons au médecin praticien ce rôle qui lui appartient. Seuls doivent trouver accès dans les « *Cliniques scolaires gratuites* » les sujets atteints de défectuosités, plutôt que de maladies, des organes des sens, de la gorge et des dents.

Les *Cliniques scolaires*, que nous préconisons comme le correctif indispensable à l'inspection médicale des écoles, sont des cliniques de spécialistes; elles peuvent être réduites au nombre de quatre :

1. La clinique oto-rhino-laryngologique;
2. La clinique des maladies des yeux;
3. La clinique dermatologique;
4. La clinique dentaire.

On pourrait y comprendre une *Clinique orthopédique*, mais je crois qu'il est préférable d'y adjoindre une *Clinique générale*, dans laquelle seront examinés, pesés, toisés, me-

surés, inscrits, vaccinés tous les enfants : ce sera vraiment la *Clinique d'hygiène générale*. C'est là aussi que pourront être vus tous les enfants commençant ou terminant une maladie; c'est là qu'ils pourront être examinés soit pour les écarter de l'école tout au début des affections contagieuses, soit pour les autoriser à la fréquenter après une absence pour cause de maladie ou simplement suspecte. On pourrait également y soigner, par des moyens spéciaux, des maladies contagieuses très particulières, comme des teignes, qui font le désespoir des familles et des médecins.

On sait que les maladies intéressant les *Cliniques scolaires* sont le plus souvent ignorées ou négligées des parents, et que, bien rarement, les praticiens sont appelés à s'en occuper. Elles sont très généralement méconnues, sauf en milieu aisé, et il est évident que ce n'est pas là que l'action du médecin-inspecteur des écoles est indispensable : c'est dans le milieu pauvre, paysan, ouvrier. Là, l'abstention dans le traitement de ces petites affections est la règle. Or, nous croyons qu'il est inutile d'insister beaucoup, l'influence de ces légères infirmités organiques sur le développement de l'enfant est bien connue. Ce sont :

1° Les troubles de la vision, qui, curables au début, créent les infirmités irréparables et coûteuses;

2° Les maladies de la gorge et du nez, qui, par l'obstacle qu'elles apportent à la ventilation pulmonaire, facilitent l'implantation dans les voies respiratoires de maladies graves, comme la tuberculose, ou créent des déformations thoraciques ou des anémies difficiles à guérir;

3° Les affections des oreilles qui, fréquentes et mal soignées chez l'enfant, constituent chez l'adulte la surdité qui l'isole partiellement du monde extérieur et l'amoin-drit dans sa valeur sociale;

4° Les troubles dentaires de croissance, caries, abcès, etc., qui influencent la déminéralisation de l'organisme et con-

tribuent à développer un grand nombre d'affections de l'estomac, de l'intestin, etc.

On le voit, l'œuvre que nous proposons comme complément utile de l'inspection médicale des écoles, a pour but des soins plus *orthopédiques*, au sens étymologique du mot, que *thérapeutiques*, et est destinée plutôt à corriger une petite infirmité qu'à guérir une maladie; elle est plus hygiénique, plus prophylactique, que médicale.

Après expérience, sa généralisation apparaît comme absolument indispensable, si l'on veut créer une inspection médicale scolaire utile.

Il importe peu, en effet, de savoir combien d'enfants de nos écoles ont des défectuosités ou des infirmités physiques et de classer ces infirmités; ce qui importe, c'est précisément de leur assurer, à tous, les soins appropriés qui empêcheront ces infirmités légères de dégénérer avec l'âge, en infirmités définitives.

C'est en complétant ainsi l'inspection médicale des écoles par une institution d'utilité pratique considérable que l'on fera œuvre sociale véritable. Car elle aura alors une portée prophylactique immédiate, inappréciable, mais surtout une répercussion qu'on peut entrevoir considérable, dans l'avenir de l'enfant.

Elle nous apparaît comme une œuvre de très haute et très lointaine prévoyance sociale.

Les difficultés.

A priori, trois ordres de difficultés semblent s'opposer à l'application de cette idée :

Elle lèserait les intérêts particuliers du corps médical;

Elle serait de généralisation difficile, surtout à la campagne.

Nous allons essayer de démotrer que ces objections sont plus théoriques que réelles.

La concurrence au corps médical.

C'est là un argument grave, dominant de beaucoup les deux autres, et tout à fait digne d'attention.

De toutes parts, le corps médical a à défendre ses intérêts : contre l'Etat, qui promulgue des lois sociales nécessitant pour leur fonctionnement l'intervention du médecin, mais qui honore médiocrement; contre les départements et les communes, qui réclament toujours ses services au rabais; contre les Administrations, les Sociétés, les Compagnies, qui cherchent à l'utiliser le plus économiquement possible. Bref, c'est une lutte de tous les jours qu'il a à soutenir pour conserver son indépendance, un taux moyen des honoraires compatibles avec sa dignité et sa propre conservation.

Or, les *Cliniques scolaires gratuites* seraient une nouvelle forme de l'assistance médicale qui, forcément, lèsera les intérêts des praticiens.

Voici les raisons pour lesquelles nous pensons qu'il n'en sera pas ainsi :

Les infirmités dont auront à s'occuper les cliniques n'intéressent qu'exceptionnellement le médecin praticien, parce que, généralement, la famille les ignore, n'appelle que plus rarement encore le médecin, lequel, en définitive, n'intervient jamais ou presque jamais.

Comment subirait-il un dommage du fait qu'on soignerait dans les cliniques publiques des défectuosités, souvent ignorées des porteurs et des familles, et à propos desquelles on ne peut l'appeler ?...

Elles ne relèvent que des spécialistes, seuls elles les intéressent, car les très rares praticiens qui sont priés de donner leur avis sur de tels cas se hâtent, le plus souvent, de les adresser aux spécialistes; c'est donc à ceux-ci, en définitive, que reviennent ces petites maladies.

Mais, ainsi déplacé, le problème n'est pas forcément résolu : ce seront alors les spécialistes qui subiront le dommage d'une institution comme celle-ci ?

Or, il est bien certain que non.

Les affections légères, les petites infirmités dont il s'agit, sont extrêmement répandues dans la population scolaire.

Dans une statistique locale, nous avons relevé que la clientèle scolaire est atteinte dans la proportion suivante :

a) Carie dentaire	80 %
b) Troubles de la vue	30 %
c) Hypertrophie des amygdales, végétations adénoïdes, troubles de l'ouïe	20 %

C'est une surprise qui est réservée aux nouveaux médecins des écoles, mais c'est un fait qu'il faut bien constater. Etant donnés ces chiffres, approximativement les mêmes partout, on peut apprécier l'importance que doit prendre l'œuvre des « *Cliniques scolaires* ».

S'agit-il d'une ville de moyenne population : 20 à 80.000 habitants ? Les spécialistes n'y sont pas très nombreux, en général, et il sera facile de les intéresser tous à cette œuvre qui, certainement, aura besoin du concours de tous.

S'agit-il, au contraire, d'une ville importante ? Je pense encore qu'aucun d'eux n'aura à en regretter la création, car on pourra certainement faire appel à tous les spécialistes intéressés. En effet, si le nombre des spécialistes augmente avec le chiffre de la population de la ville, il en est de même du nombre des élèves des écoles. On peut donc estimer qu'une municipalité de grande ville, soucieuse de bien faire, aura assurément besoin des services de tous les spécialistes pour l'œuvre des « *Cliniques scolaires gratuites* » et ne manquera pas d'y faire appel.

Veut-on quelques exemples ?

Prenons une ville de 35.000 habitants, comme Montluçon, où le service fonctionne et donne complète satisfaction.

Nous sommes à la période d'essai et avons volontairement restreint le chiffre des spécialistes. Nous avons fait appel à :

Deux oculistes sur trois;

Un oto-rhino-laryngologiste sur deux;

Deux dentistes sur quatre.

Mais nous en sommes à la naissance de cette œuvre; nous avons voulu voir comment on peut l'organiser et la faire fonctionner économiquement; notre intention est d'avoir recours aux efforts de tous les spécialistes dès que les « *Cliniques scolaires gratuites* » auront leur installation particulière.

Ils auront encore assez de travail, qu'on en juge : chaque dentiste aura à examiner ou à soigner 1.250 enfants, et chacun des autres spécialistes 2.500, la population scolaire étant d'à peu près 5.000 enfants.

Veut-on savoir ce qui se passerait dans une ville comme Lyon ?

La population scolaire totale y est de 57.000 enfants.

Il y a à Lyon :

19 médecins dentistes;

15 médecins oculistes;

14 médecins oto-rhinologistes.

Si la municipalité lyonnaise, créant des Cliniques scolaires, voulait utiliser tous ces spécialistes, on arriverait aux quotients suivants :

Chaque dentiste aurait à examiner et à soigner 3.000 enfants;

Chaque oculiste aurait à examiner et à soigner 3.800 enfants;

Chaque oto-rhinologiste aurait à examiner et à soigner 4.000 enfants.

On peut se rendre compte que la proportion serait encore suffisante et que la besogne ne leur manquerait pas.

Enfin, qu'on ne dise pas que ces *Cliniques scolaires gratuites*, par le très grand nombre d'enfants qui les fréquentent, feront le vide au domicile des spécialistes. La plupart de ces petits malades n'auraient jamais connu le spécialiste et il y aura toujours un assez grand nombre d'enfants dont les parents aisés ne voudront pas des soins de la clinique et préféreront se rendre directement au cabinet du spécialiste. Ceux-là n'intéressent pas l'œuvre; les seuls qu'elle veut atteindre, ce sont ceux qui échappent à toute sollicitude, à tout traitement, à toute opération.

D'ailleurs, ces œuvres ne seront gratuites que pour les écoliers, et la ville qui les créera devra honorer convenablement les médecins spécialistes, qui trouveront dans le traitement qui leur sera alloué une juste compensation aux dommages assez problématiques qu'elles leur causeront.

Généralisation difficile.

On dira encore : cette institution, possible dans les villes de moyenne et grande importance, ne l'est plus dans les petites villes et dans les campagnes, où il n'y a pas de spécialistes.

Nous croyons que cette objection et la précédente se contredisent et s'annulent.

Il n'y a évidemment pas de spécialistes dans les campagnes et les petites cités; eh bien ! on ferait appel, pour l'organisation des *Cliniques scolaires gratuites* rurales aux spécialistes de la ville voisine : le préjudice qu'on pourra leur causer ici trouvera là sa compensation. Ne peut-on concevoir qu'il y ait par arrondissement des médecins spécialistes des écoles, comme il y a un médecin des épidémies ?

En résumé, il semble que le corps médical, et surtout les spécialistes, n'auraient qu'à gagner à la création de ces

œuvres : elles permettraient de faire de la décongestion dans le corps des praticiens en poussant davantage à la spécialisation qui y trouverait un débouché très important.

Voici donc ce qu'on peut répondre aux objections nécessairement nombreuses, qui ne manqueront pas de se produire, car toutes les œuvres sociales dont le but est le bien, ont pour premier effet de soulever toujours un grand nombre de difficultés. Il ne saurait en être autrement : tant qu'une institution aura pour objectif l'intérêt du plus grand nombre, elle lèsera, dans l'application, des intérêts particuliers. Malgré tout ce que ceux-ci peuvent avoir de juste et de respectable, il s'agit de savoir jusqu'à quel point ils doivent constituer un obstacle aux œuvres sociales et dans quelles limites ils ont le droit de s'opposer à leur expansion désirable.

De plus en plus, il semble juste et nécessaire de sacrifier à l'intérêt général, chacun a un peu à compléter son éducation dans ce sens et, en particulier, les groupements, les associations, les syndicats, dont la tendance et le but sont proprement de réduire toutes choses aux proportions médiocres des besoins individuels.

Il faut voir plus loin et plus haut. On l'a dit souvent : il faut savoir observer qu'un mouvement social vers les œuvres d'hygiène se fait un peu à nos dépens, mais qu'il nous appartient de nous adapter à lui, de le diriger dans une certaine mesure et d'y prendre la part très belle qui nous y revient : il ne faut pas qu'il se fasse malgré nous, et surtout sans nous.

CHAPITRE VI

COMMENT FONCTIONNENT LES CLINIQUES

SCOLAIRES GRATUITES ?

LEUR PERSONNEL. LEUR MATERIEL. LEUR RESULTAT.

Entendues comme il vient d'être dit au chapitre précédent, les *Cliniques scolaires gratuites* ont non seulement pour but l'examen de l'écolier, mais le traitement des petites infirmités qui entravent son développement physique.

Elles ne s'adressent pas à quelques écoliers, à ceux notamment dont les familles sont hors d'état d'assurer la charge des soins dont ont besoin les enfants, à celles qui sont inscrites au Bureau de Bienfaisance ou sur les listes d'assistance, mais à tous les enfants quelle que soit leur situation. Pour réserver à cette œuvre toute son action utile il faut, en effet, qu'elle n'établisse aucune distinction chez les enfants et qu'elle ne les classe pas en catégories suivant la situation sociale de leurs parents.

Si certaines familles, un bon nombre en fait, ne veulent pas bénéficier de la gratuité de l'œuvre, libre à elles, mais il ne faut pas que de malheureux enfants puissent être exposés à manquer de soins par la faute d'une classification inexacte, sujette à erreurs ou soumise aux fantaisies d'un employé de bureau.

C'est pourquoi les *Cliniques scolaires* ont été organisées.

Elles s'adressent à tous les enfants de toutes les écoles. Elles sont ouvertes à tous les écoliers pauvres ou aisés, fréquentant les écoles privées ou laïques.

Il convient d'insister sur cette conception qui montrera l'esprit élevé qui doit animer les œuvres sociales comme celle-ci.

On aurait pu, nous le savons, diriger sur les consultations de l'hôpital cette clientèle des enfants des écoles. Mais cette solution a paru mauvaise en ce qui concerne l'écolier, car elle est impropre à résoudre largement, complètement, le problème nouveau. Dans le peuple et surtout dans le monde des enfants, le mot hôpital sonne mal. Il eût détruit très sûrement le but que l'on se proposait, en éloignant les enfants de l'intervention utile, urgente, indispensable à leur développement.

C'est pourquoi on a voulu affecter à cet usage des locaux particuliers destinés exclusivement à l'enfance et auxquels on a donné le nom sympathique aux écoliers et aux familles de « *Maison de l'enfance* ».

Dans ce milieu, que l'on s'efforce à rendre le moins sévère possible en y introduisant le charme d'une décoration appropriée, on a créé les *Cliniques scolaires*.

Clinique d'hygiène générale ou Inspection médicale des écoles.

La *Clinique d'hygiène générale* n'est pas autre chose que l'inspection médicale des écoliers. Tous les mercredis les enfants y sont complètement examinés par le médecin, pesés, mesurés, toisés une fois l'an. On note les observations, on établit les *carnets de santé*, on dresse les listes des enfants de chaque classe et les remarques cliniques faites sur chacun d'eux. Cette liste est communiquée aux maîtres et maîtresses qui ont ainsi à *leur disposition les indications utiles concernant l'état de santé de leurs élèves*. Les renseignements importants sont transmis et commentés aux familles par les infirmières visiteuses.

Si le médecin-inspecteur l'estime nécessaire, on inscrit les enfants pour la présentation au Dispensaire, aux autres cliniques scolaires, pour l'envoi au bord de la mer, en colo-

nie de vacances, pour un examen complémentaire au laboratoire, une cuti-réaction, une Wassermann, etc...

Il s'agit bien, on le voit, d'une clinique, d'une consultation attentive.

Personnel. — Elle est assurée par un *médecin*, quatre *infirmières*, l'*institutrice* ou l'*instituteur* qui toujours accompagnent leurs élèves au sujet desquels ils peuvent fournir des renseignements utiles. Les parents tiennent parfois à assister à l'examen et il serait désirable que ce soit la règle s'il n'y avait quelque inconvénient à leur imposer un déplacement et une perte de temps.

Le *médecin inspecteur des écoles* ne consacre qu'une partie de son temps à sa fonction. Il le fait à jours et heures déterminés.

Il en est de même des *quatre infirmières* qui ne sont pas exclusivement affectées aux écoles.

Dans les petits centres ou les villes de moyenne importance, il est indispensable que les infirmières ne reçoivent pas une spécialisation trop étroite. On a besoin qu'elles soient entraînées à toutes les besognes d'hygiène sociale : surveillance des nourrissons, des contagieux, visites des écoliers, travaux du dispensaire, etc...

La variété de leurs occupations a précisément l'avantage de leur donner des vues plus générales sur leurs fonctions et de diversifier un peu leur tâche qui sans cela présenterait une trop grande monotonie.

Enfin, il n'est pas possible aux villes de moyenne importance de multiplier ces fonctions pour des raisons budgétaires auxquelles on se heurte constamment.

Locaux et matériel. — Les locaux et le matériel de la *Clinique d'hygiène générale* comprennent : une salle d'attente; une salle de mensurations et pesées; une salle d'examen des enfants; une salle de bains-douches; une bascule, une toise; un sthétoscope; un phoneudoscope; un dynamo-

mètre; un mètre de couturière; un thoracomètre; des abaisses-langues en bois; un matériel de prélèvement et d'examens de laboratoire sommaire (tubes stérilisés, crachoirs, flacons de prélèvements, etc...).

Les imprimés nécessaires et une machine à écrire.

Résultats. — Voici les résultats du fonctionnement de la clinique d'hygiène scolaire pendant l'année 1923, le nombre des enfants examinés, le nombre de ceux qui ont été dirigés sur les autres cliniques, le dispensaire, les colonies de vacances, et les visites des infirmières au domicile des enfants.

	MOIS DE :												Totaux par catégories
	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre	
Enfants examinés.	84	128	131	94	179	107	139	»	»	»	»	»	862
Enfants à convoquer a :													
la clinique des yeux.	»	11	21	6	19	16	5	»	»	»	»	»	78
la clinique oto-rino-logique....	18	30	24	21	34	19	35	»	»	»	»	»	181
la clinique dentaire.	49	58	65	55	92	59	82	»	»	»	»	»	460
Enfants à surveiller par les infirmières.	18	13	26	21	38	16	35	»	»	»	»	»	184
Enfants à envoyer à la campagne ou à la mer.....	3	20	16	21	27	10	10	»	»	»	»	»	107

Nota. — Aucun examen n'a été fait pendant les deux mois de vacances Août et Septembre,

Cliniques dentaires. — Il y a deux dentistes pour assurer le service des cliniques dentaires qui sont les plus fréquentées après la *Clinique d'hygiène générale*.

Ils se sont partagé les écoles de la ville jusqu'aux écoles primaires supérieures.

Les listes des enfants qui ont besoin de soins dentaires est dressée pour chaque école, par classe, et les enfants sont convoqués à tour de rôle par groupes de 10 à 15.

Sont dirigés d'urgence sur les cliniques les enfants signalés par les maîtres et par l'inspection d'hygiène générale.

Locaux et matériel. — Les locaux comprennent une salle d'attente et un cabinet dentaire.

Voici la liste du matériel de la clinique dentaire : un fauteuil; un crachoir à colonne; un tour électrique; une tablette mobile, un plateau à instruments; un chauffe-eau et un lavabo; un bocal pour solution antiseptique; une pharmacie; trois élévateurs; un stérilisateur; un projecteur; un porte-amalgame, un ciseau; un mortier, un pilon et un cube en verre; quatre miroirs avec manches; quatre sondes; deux spatules, une en os et une en métal; huit excavateurs; trois seringues, une à injections, une à eau, une à air; deux instruments à nettoyer; six daviers; trois douzaines de tire-nerfs; six douzaines de fraises; ciment, amalgame et gutta.

Résultats. — Le tableau ci-après fournit toutes indications sur l'activité des cliniques dentaires gratuites en 1923.

	MOIS DE :												Totaux
	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre	
Enfants examinés.	112	75	72	87	46	75	26	»	»	89	143	141	866
(Nature des soins)													
Extractions	101	52	39	66	27	76	22	»	»	77	122	148	730
Obturations.....	19	36	34	37	36	25	14	»	»	13	34	29	277
Pansèments.....	35	18	23	18	16	20	3	»	»	43	32	25	233

Nota. — Aucun examen n'a été fait pendant les deux mois de vacances Août et Septembre.

Clinique oto-rhino-laryngologique.

Jusqu'alors un seul médecin a assuré le service de cette clinique. Comme ses collègues, il fait une visite annuelle dans chaque école, établit ses listes en examinant les enfants de chaque classe.

Ces listes remises au bureau d'hygiène donnent lieu à la convocation régulière d'un certain nombre d'élèves pour examens complémentaires à la clinique et si cela est nécessaire pour opération.

Les maîtres et maîtresses peuvent envoyer au spécialiste les enfants qui pourraient en cours d'année avoir besoin d'examen ou de soins. Sont également dirigés sur cette clinique les écoliers qui ont été reconnus justiciables d'un examen du spécialiste par le médecin de la Clinique d'hygiène générale lors de ses observations.

Locaux et matériel. — Les locaux se composent d'une salle d'attente commune; d'une chambre avec lit où les opérés peuvent se reposer pendant quelques heures; d'un cabinet médical comprenant le matériel suivant : un tabouret; une table guéridon avec 2 tablettes-glaces; un transformateur électrique pour lumière et cautère avec miroir de Clar.

Nez. — Spéculum du nez, une dizaine; une pince à pansements « Lubet-Barbon »; petits stylets pour pansements, une dizaine; un miroir pharyngien; un serre-nœud de « Lermoyez »; un galvano-cautère pour cornée.

Cavernes. — Divers couteaux à tumeurs adénoïdes; un ouvre-bouche de « Doyen ».

Amygdales. — Abaisse langue en bois et métal; tige courbe pour badigeonnage de la gorge; un stylet pour examen des amygdales; morcelleurs amygdaliens (dimensions diverses); un serre-nœud de « Vacher »; une pince pour amygdales.

Larynx. — Miroirs laryngiens (dimensions diverses); tige et stylet pour badigeonnage du larynx; un lance-poudre; une seringue à huile pour injection intralaryngée; tube spatule pour examen direct avec manche éclaireur de « Kiliàir ».

Oreilles. — Spéculum d'oreille en métal, deux jeux; une pince coudée, à cuillère et griffe; stylets pour pansements; un lance-poudre; masseur du tympan; un diapason; un spéculum de Siègle; sondes pour trompe d'Eustache; ciseaux et bistouris; seringue pour injections hypodermiques; une bouilloire pour instruments; une lampe à alcool; flacons pour médicaments divers; une poire de « Politzer »; coton et gaze pour pansements.

Résultats. — Voici les résultats des travaux de cette clinique pour 1923.

	MOIS DE :												Total par catégories
	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre	
Enfants examinés.	57	58	63	21	40	33	34	»	»	43	38	29	416
Enfants soignés...	30	34	29	12	20	15	23	»	»	30	27	20	240
Enfants opérés.....	12	2	1	»	2	»	»	»	»	13	14	7	51

Nota. — Aucun examen n'a été fait pendant les deux mois de vacances Août et Septembre.

Clinique des maladies des yeux.

Jusqu'en 1923, cette clinique a été assurée par un seul médecin. Il a été nécessaire de faire appel à un second spécialiste. Ces deux médecins se sont partagés le service, font une visite annuelle de toutes les écoles et font chacun une fois par semaine le service de la clinique ophtalmologique.

Locaux et matériel. — Les locaux de la clinique ophtalmologique comprennent : une salle d'attente commune ; une salle d'examen et d'opération ; une chambre noire.

Voici la liste du matériel de cette clinique :

Appareils d'éclairage. — Lampe à gaz à hauteur variable avec manchon incandescent et appareil projecteur articulé; écran mobile; petite table en bois; photophore électrique articulé du Professeur Lapersonne, à manche avec coulisse, interrupteurs et cordons, étui-étai; deux loupes de 60 millimètres en diamètre, de 13 et 20/D; ophtalmomètre « Javal » à éclairage électrique; taubouret à hauteur variable, un kératoscope; un ophtalmoscope « Follin » à image renversée; un ophtalmoscope à image droite du Docteur Terrien.

Echelles. — Tableau lumineux avec échelles d'acuité visuelle et appareil pour éclairage des échelles; un périmètre; un campimètre; une boîte de verres d'essai.

Skiascopie. — Une règle du Docteur Parent.

Diplopie et strabisme. — Double prisme du Docteur Landolt; stéréoscope du Docteur Javal; diploscope du Docteur Rémy.

Opérations-releveurs et blepharostats. — Quatre releveurs de Desmarnes; deux blepharostats « Luer »; quatre aiguilles pour corps étrangers.

Paracentèse, cataractes molles et iridectomie. — Six couteaux de « Panas »; six couteaux de formes diverses; cinq kystotomes; cinq spatules; deux sclérotomes; divers crochets; quatre pinces à fixer divers modèles; quatre pinces à iris; une pince ciseaux de « de Wecker »; une pince porte-aiguille; une douzaine aiguilles; une seringue stérilisable de « Panas » pour lavage de la chambre antérieure; ciseaux à doubles coudures; un jeu de sondes argent; quatre couteaux boutonnés de « Weber »; seringue d'Anel pour voies lacrymales; trois canules platine iridié; deux couteaux et une pince à dissection; écarteur du Docteur Muller; deux petits écarteurs à griffes; une pince de Mueux; deux rugines et deux pinces hémostatiques.

Paupières. — Quatre bistouris; rugine à chalazions-crochets et une pince Desmarnes; trois curettes tranchantes;

pince à granulations et herse curette du Docteur Lagrange; deux pinces à griffes, quatre crochets et quatre ciseaux courbes à strabisme; un ciseau fort et courbe et une pince Terrien pour énucléation.

Anesthésie générale. — Appareil d'Ombredanne.

Anesthésie locale. — Une seringue de Luer avec deux aiguilles en platine iridié de 3 cc.; un vaporisateur grand modèle pour douches oculaires à trois fourches; douze cuvettes de formes diverses; gants en caoutchouc; un guéridon roulant pour pansements; un lavabo roulant avec deux barillets verre; une vitrine à instruments et une table d'opérations; une boîte pour la stérilisation des pansements; un stérilisateur à air sec; un cautère électrique avec un rhéostat circulaire.

Résultats. — Nous donnons dans le tableau ci-dessous les travaux de la Clinique des maladies des yeux des écoliers durant l'année 1923.

	MOIS DE :												Totaux
	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre	
Enfants examinés.	15	»	»	16	42	32	38	»	»	20	38	42	243
Enfants soignés...	2	»	»	5	18	18	15	»	»	2	34	28	122

Nota. — En Février et Mars le spécialiste chargé de la clinique était malade.

Aucun examen n'a été fait pendant les deux mois de vacances Août et Septembre.

Budget des Cliniques. — Voici à titre indicatif le budget de l'Inspection médicale des écoles et des cliniques scolaires gratuites.

Traitement du médecin-inspecteur (Chef de Service)	Fr. 1.500
Traitement du médecin oculiste	1.800
— du médecin oto-rhinologiste	1.800
— des deux dentistes à 1.800 francs	3.600
— d'une infirmière visiteuse	4.380
Fournitures diverses	4.000
Entretien des locaux	1.600
TOTAL	Fr. 18.680

Ci-dessous, le modèle du Carnet de Santé en usage dans le service de l'Inspection médicale et des cliniques gratuites des écoliers.

1° Présentation de la couverture.

Inspection médicale
et Cliniques gratuites
des écoliers

HYGIENE SCOLAIRE

CARNET DE SANTÉ DE L'ÉLÈVE

Nom, Prénoms

Né à

Le

Adresse

ANTÉCÉDENTS

*Rougeole, Scarlatine, Diphtérie, Oreillons, Varicelle,
Bronchites, Rhumatismes, etc...*

(En quelle année) :

Vaccination

Revaccination

ECOLE DE

2° *Présentation de la page 2.*

INSPECTION MÉDICALE

A. — *Examen annuel :*

Date
Aspect général
Peau
Cuir chevelu
Ganglions
Gorge (amygdales)
Nez (adénoïdes)
Dents
Oreilles
Yeux
Squelette : Colonne vertébrale
 Thorax
 Membres
Poumons : droit
 gauche
Cœur
Autres organes
Psychisme

B. — *Anthropométrie :*

Poids (avec chemise ou jupon)
Taille
Périmètre thoracique en inspiration
 en expiration
Coefficient de robusticité (°) C.R. =
Maladies survenues pendant l'année scolaire...
Conclusions

C. — *Cliniques :*

Ophtalmologique : examen	
opération	
Dentaire : examen	
opération	
Oto-rhino : examen	
opération	

D. — *Clinique d'hygiène générale.*

(°) Le coefficient de robusticité est donné par la formule de Mayet :

$$\text{C.R.} = \frac{\text{T (taille)} - \text{P (poids)}}{[+ \text{ circf. th. insp.} + \text{ circ. th. exp.}]}$$

2

Moyennes de coefficients de robusticité : à 6 ans : 34; à 7 ans : 37; à 8 ans : 39; à 9 ans : 41; à 10 ans : 42; à 11 ans : 43; à 12 ans : 42; à 13 ans : 40; à 14 ans : 37; à 15 ans : 35.

3° *Présentation de la page 3.*

Cette page est exclusivement réservée aux graphiques de la taille, du poids et du coefficient de robusticité.

4° *Présentation de la page 4.*

NOTES POUR L'ORIENTATION PROFESSIONNELLE

Métier désiré

1. La musculature de l'enfant lui permet-elle d'envisager l'exercice d'un métier pénible ?
2. L'ossature de l'enfant est-elle une contre indication pour des métiers exigeant la manutention de fardeaux lourds ?

3. Etat de la colonne vertébrale ?
 4. L'enfant a-t-il une conformation des jambes
qui soit une contre-indication pour des mé-
tiers exigeant la station debout (pieds plats) ?
 5. Etat du système veineux ? (Varice-hémorroï-
des)
 6. Etat de la vue ?
 7. Etat de l'ouïe ?
 8. Observations spéciales :
 aux articulations
 - aux maladies cutanées (moiteur des mains) ;
 à la sensibilité de la peau
 - à la conformation de la main
 9. Force dynamométrique de chaque main ?.....
 10. Examen du goût et de l'odorat ? Y a-t-il contre-
indication ?
 11. Observations relatives au système nerveux ?..
 12. Résumé sur état général, le métier que désire
l'enfant est-il à conseiller ?
-

CONCLUSIONS

Actuellement, l'Inspection médicale des écoles ne saurait cantonner son action dans la surveillance des locaux, du matériel, pas plus que dans les mesures générales de prophylaxie des maladies contagieuses à l'école.

Le souci de l'éducation physique de l'enfant, de sa croissance normale, de sa défense contre tout ce qui peut troubler son développement à l'âge scolaire doit être la préoccupation dominante dans l'organisation de l'inspection médicale des écoles, car l'écolier représente dans cette fonction le centre d'intérêt vers lequel tous les efforts doivent converger.

Il est donc nécessaire que les enfants des écoles subissent un examen médical périodique, minutieux, complet. Il peut être assuré soit par un praticien, soit par un médecin spécialisé dans cette fonction.

En l'état actuel de développement de la science médicale nous estimons qu'il est à peu près indispensable de confier l'examen des yeux, des oreilles de la gorge, du larynx du nez et des dents des écoliers à des spécialistes, qui nous semblent avoir un rôle très important à jouer dans l'école.

Donc le service d'inspection médical des écoles comprendra des médecins inspecteurs ordinaires et des médecins inspecteurs spécialistes.

Le médecin inspecteur ordinaire remplira les fonctions habituelles de l'inspecteur mais il examinera surtout l'état sanitaire des enfants et leur état de propreté. Il poursuivra, en

particulier la recherche de la tuberculose latente chez les écoliers. Il sera chargé également de la garde, de la tenue et de la mise à jour des dossiers sanitaires scolaires. Il consignera sur ces dossiers ses progrès remarqués et les indications sommaires envoyées par les spécialistes.

Pour être vraiment utile, l'inspection médicale des écoles ne doit pas se réduire à une simple observation, à l'établissement du carnet de santé et de statistiques médicales scolaires. Elle doit résolument entrer dans la voie du traitement des petites infirmités qui entravent le développement physiologique de l'enfant, par "*Les Cliniques scolaires gratuites*".

« En se proposant uniquement la guérison de défectuosités organiques qui, généralement ignorées des familles, échappent aux praticiens les "*Cliniques scolaires gratuites*" ne peuvent porter préjudice aux intérêts du corps médical, qu'elle décongestionnerait plutôt en permettant l'emploi d'un grand nombre de spécialistes,

» Elles doivent être considérées comme une des formes les plus hautes de la prévoyance sociale et constituent une formule d'assistance médicale plus parfaite, plus productive, plus fertile puisqu'elle a pour but de corriger des vices de développement d'organismes en voie de croissance.

» Elles font œuvre pratique très générale, bienfaisante et économique. »

Vu, bon à imprimer :

Le Président,

D^r G. FERRÉ.

Vu :

Le Doyen,

C. SIGALAS

Vu et permis d'imprimer :

Bordeaux, le 10 Avril 1924.

Le Recteur de l'Académie,

F. DUMAS

BIBLIOGRAPHIE

- MARTIN. — Le surmenage et l'hygiène scolaire. *Revue Hygiène*, 1888.
- JAVAL. — Rapport sur l'hygiène scolaire, 1889.
- DELVAILLE. — *L'organisation et l'hygiène scolaire*, Paris, 1895.
- DELVAILLE et BRENEQ. — La santé de l'écolier. *Guide hygiénique de l'instituteur*, Paris, 1902.
- Professeur FERRÉ. — *Hygiène et éducation sociale à Bordeaux*, 1907.
- *Une épidémie scolaire*, 1897.
- LANGLOIS. — *Précis d'hygiène*.
- CHANTEMESSE et MOSNY. — *Traité d'hygiène*.
- COURMONT et ROCHAIX. — *Précis d'hygiène*.
- Hygiène scolaire*. — Librairie Masson.
- La médecine scolaire*. — Librairie Delagrave.
- Revue d'hygiène et de Police sanitaire*. — Librairie Masson.
- Revue Philantropique*. — Librairie Masson.
- D^r F. BUSSIÈRE. — Rapport sur l'inspection médicale des écoles de Montluçon (in *Hygiène scolaire*, années 1911-1912, n° 41, p. 20 et n° 42, p. 69. Librairie Masson et C°).
- J.-B. BAILLÈRE. — *Inspection médicale des écoles et des écoliers*, 1913.
- Utilité de la création de cliniques spéciales pour les écoles*. — Librairie Malvine, 1923.
- D^r Radmila S. OBRENOVITCH. — Effort sanitaire et social du Bureau d'Hygiène. Thèse de la Faculté de Médecine de Bordeaux, 1924.

